

UNIVERSITÉ DE PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

N^o

POUR LE

62

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

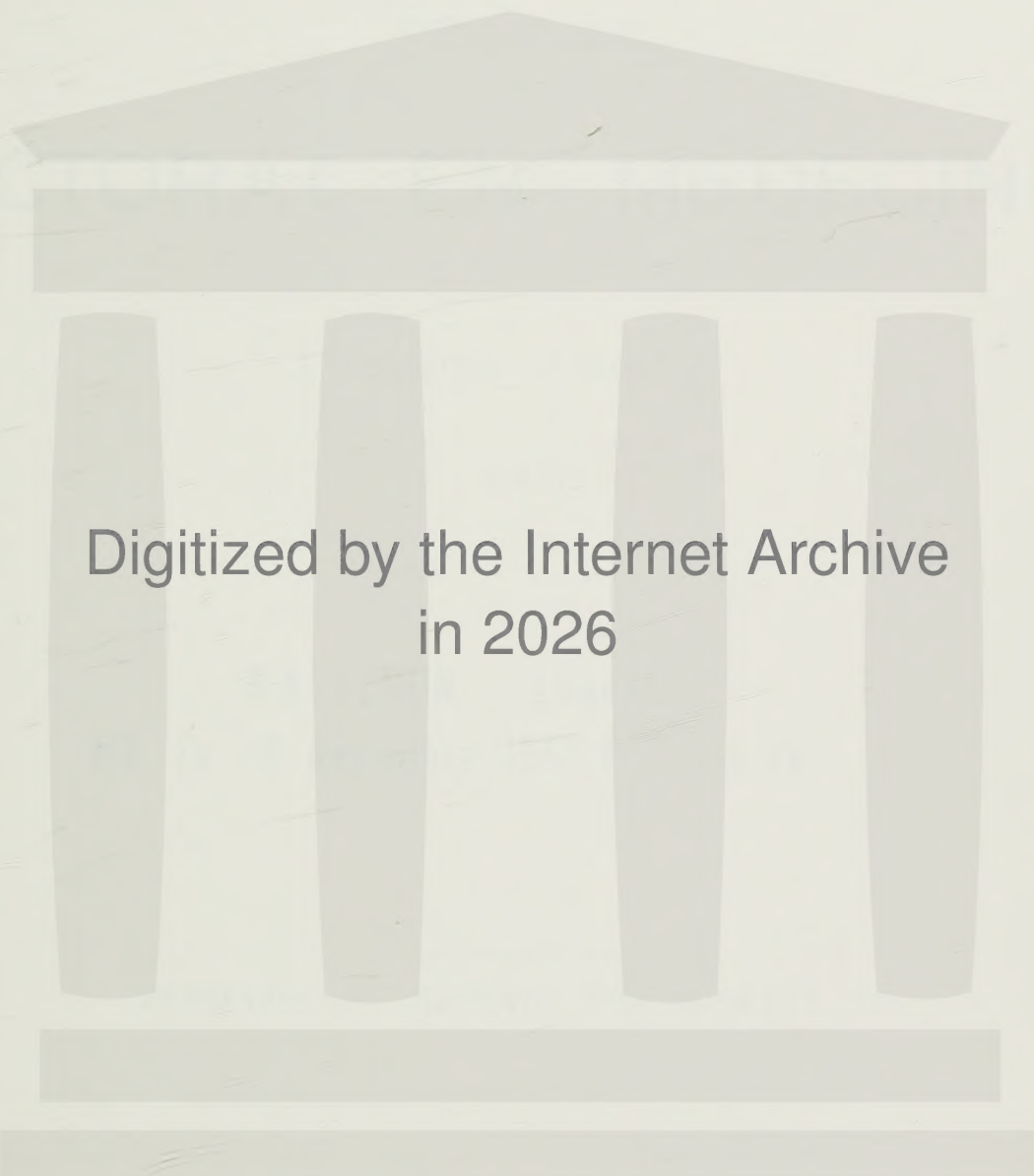
SALLERON Augustin

Né le 10 décembre 1941 à Paris.xv.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

L'adénocarcinome de la trompe de Fallope

Président: Monsieur DE BRUX, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550419_0007

UNIVERSITÉ DE PARIS V

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

SALLERON Augustin

Né le 10 décembre 1941 à Paris.xv.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

L'adénocarcinome de la trompe de Fallope

Président : Monsieur DE BRUX , Professeur

A MES PARENTS

A MON FRERE ET A SA FEMME

A MES SOEURS ET A LEURS MARIS

A Monsieur Le Professeur de BRUX

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

Avec l'expression de mes remerciements.

A Monsieur Le Professeur ROBEY

Qui m'a donné le sujet de cette thèse et qui en a
constamment revu et corrigé la rédaction.

Qu'il trouve ici l'expression de mon attachement
et de ma reconnaissance.

A Monsieur Le Professeur VARANGOT

chez qui j'ai découvert la Gynécologie et l'Obstétrique
et qui m'en a donné le goût, en le remerciant de l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer.

A Monsieur Le Professeur HENRION

en le remerciant d'avoir bien voulu nous communiquer
une observation qui représente un fait rare dans la
littérature.

A mes maîtres d'Externat

Madame AUBRY

Monsieur Le Professeur BROUET

Monsieur Le Professeur CACHIN

Monsieur Le Docteur CHOUBRAC

Monsieur Le Professeur COUVELAIRE

Monsieur Le Professeur LEPAGE

Monsieur le Professeur MINKOWSKI

Monsieur Le Professeur REDON

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-

Le premier cas de carcinome de la trompe de Fallope semble avoir été signalé par RENAUD en 1847, selon VAUGHAN JONES, et le premier mémoire publié par ORTHMANN en 1888. Ce carcinome est fort sévère puisque les statistiques de survie après 5 ans varient entre 5% et 44%.

Il est aussi fort rare. HU en 1950 en relève 478 cas dans la littérature mondiale; SEDLIS en 1961 dans une excellente revue qui couvre les 10 années suivantes en rapporte 232 nouveaux, arrivant au nombre de 710, nombre auquel il convient d'ajouter 95 cas publiés dans la littérature anglaise, dont 27 de HANTON de la Mayo Clinic, 13 de KNEAL de Melbourne et différents cas isolés tels ceux de BOURY-HEYLER, MATHIEU, SERMENT et THOYER-ROZAT en France, soit un total de 850 cas environ. Mais il est vraisemblable que beaucoup d'autres cas observés n'ont pas été publiés.

Il nous a donc paru justifié de rapporter trois observations récentes et inédites de VARANGOT, HENRION et ROBEY et de rappeler à cette occasion les principales notions communément établies au sujet de cette lésion.

-:-:-:-:-

O B S E R V A T I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-

Ces trois observations sont fort différentes l'une de l'autre.

OBSERVATION N°1

Madame P..... 32 ans vue pour la 1ère fois le 27/3/44. Après un accouchement spontané il y a 12 ans.

Elle se plaint de douleurs abdominales et d'une stérilité II, et 3 ans après elle a fait une crise abdominale aiguë étiquetée crise d'appendicite. Elle a subi également une électro-coagulation.

A l'examen : utérus normal et augmentation du volume bilatéral des annexes surtout marqué à gauche ayant le volume d'une grosse mandarine douloureux à la mobilisation. Le col est sain et on décide de faire de la diathermie et une cure de luxeuil.

La malade a été revue le 22/5/44 sans grande amélioration fonctionnelle et la même histoire se produit jusqu'en 1959 où les crises douloureuses apparaissent épisodiquement et finalement le 18/1/60, devant l'augmentation du volume de la masse annexielle gauche, on décide d'intervenir.

INTERVENTION 1^e 3/3/60 (Pr'. VARANGOT)

Petit bassin rempli d'adhérences, vessie fixée au fond utérin et hydrosalpinx bilatéral très gros à gauche du volume d'une grosse orange moins volumineux à droite. Les adhérences rendent l'hystérectomie difficile. Hystérectomie sub-totale sans conservation ovarienne. A l'examen de la pièce on trouve une annexe gauche volumineuse de la taille d'une mandarine irrégulière, bosselée, kystique. A la section s'écoule un liquide brun et on trouve quelques végétations sur la paroi interne de ce kyste. Annexe droite kystique et liquide sanguinolant. Utérus petit.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Vassy)

Utérus normal

L'annexe droite est constituée par une paroi kystique très richement vascularisée. Rares follicules en évolution et rares végétations sans caractère malin. Parcontre, la face interne de la trompe gauche est recouverte de nombreuses végétations. Epithélioma glanduliforme. Il s'agissait d'une tumeur très petite par son volume.

On décide de faire à Curie de la télécobaltothérapie.

Le diagnostic d'épithélioma de la trompe est confirmé par l'examen de GRICOUROFF.

La malade a reçu du 28/3/60 au 13/5/60 des irradiations de la cavité pelvienne. Elle a reçu une dose homogène de 5200r.

Les suites de l'intervention ont été normales.

En 1964 la malade a présenté une bartholinite gauche pour laquelle on a fait une ablation chirurgicale de la glande de Bartholin. Examen histologique normal.

Le 15/6/66 la malade était en excellent état. Des nouvelles récentes ont appris qu'elle est bien portante 11 ans après l'intervention.



Image d'hydrosalpinx avec irrégularités dans l'opacité,
observée dans l'observation N° II

OBSERVATION N° 2 :

Madame J..... Simone, (54 ans) consulte à la maternité de PORT-ROYAL le 8 Mai 1969 pour des métrorragies minimales de couleur marron foncé, apparues depuis un an, sans autre signe fonctionnel. Ces métrorragies duraient 15 jours-3 semaines et reprenaient après un arrêt de quelques jours. Les cycles étaient conservés, mais très irréguliers de 25 à 45 jours. L'examen clinique révéla un vagin sain et un col sains. Au toucher, on sentait un gros utérus déformé par un myome antérieur et des culs-de-sacs libres.

On notait dans les antécédents :

- des règles survenues à 12 ans $\frac{1}{2}$, durant 8 jours, avec des cycles de 28 à 30 jours jusqu'en 1968.

- à l'âge de 17 ans l'exérèse d'une adénite cervicale (étiologie inconnue).

- en 1937 un hématome rétro-placentaire au terme de 7 mois, avec dans les suites une salpingite. Pas de grossesse depuis.

- en 1944 une salpingectomie gauche + résection ovarienne (kyste de l'ovaire avec obturation tubaire aux dires de la malade).

- en outre, elle était suivie en médecine pour une coxarthrose bilatérale.

Un frottis fut fait et revint avec le résultat Classe II.

Le 12/3/69 on pratiqua une hystéro-salpingographie qui montra : une cavité utérine à contours irréguliers, dentelés avec injections de cryptes glandulaires.

une trompe droite élargie au niveau de son ampoule, obturée au niveau de son pavillon, donnant un aspect d'hydrosalpinx. Mais on remarqua un aspect nuageux de cet hydrosalpinx. Sur cette image, on porta le

diagnostic de néoplasie tubaire vraisemblable et l'intervention fut décidée.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE DU 14 MAI 1969 (Pr. HENRION)

- Médiante sous ombilicale.

1° EXPLORATION :

- le pelvis est libre de toute adhérence.
- l'utérus est de forme normale, un peu augmenté de volume.
- a droite :
 - * la trompe est dilatée dans sa portion ampullaire, de consistance rénitente, de coloration bleutée, libre de toute adhérence. Extérieurement, l'aspect de l'hydrosalpinx est tout à fait banal.
 - * l'ovaire est petit, de forme normale.
- a gauche :
 - * la trompe a été réséquée lors d'une précédente intervention.
 - * l'ovaire est collé à la face postérieure de l'utérus, attirant le pédicule lombo-ovarien et recouvert de mésosigmoïde et de colon sigmoïde.

2° INTERVENTION :

- Hystérectomie subtotale, secondairement totalisée avec annexectomie droite et ovariectomie gauche.
- Palpation des chaînes lymphatiques iliaques et obturatrices qui paraissent libres.

A l'ouverture de la pièce :

1° La trompe droite est le siège d'une néo-formation bourgeonnante envahissant la musculuse tubaire.

2° L'endomètre est un peu hyperplasique mais d'aspect normal

3° Le col et l'endocol sont sains.

RESULTAT DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE N° 2694 du 21 V 69

- utérus plus muqueuse : utérus revêtu par une muqueuse légèrement dystrophique. Présence d'une discrète endométriose utérine.

- col:normal.

- ovaire droit : ovaire scléreux.

- l'annexe : Prolifération tumorale constituée par un épithélioma glanduliforme atypique envahissant la musculuse tubaire.

Les suites opératoires furent simples et la malade reçut du 1er Juillet au 2 Septembre 1969 une dose de 6 000 rads dans le plan du petit bassin par 6 champs (antéro-postérieurs droit et gauche, latéraux droit et gauche) en 44 séances.

OBSERVATION N° 3

Madame N..... 50 ans.

Réglée à l'âge de 12 ans, tous les 25 à 27 jours pendant 7 jours. Un accouchement normal en 1939. Pas de fausse-couche. Aucun antécédent notable.

Depuis un an, des métrorragies de sang rouge, abondantes et survenant de façon irrégulière, interprétée par différents confrères comme un dérèglement pré-ménopausique.

Depuis 2 mois, hydrohématorrhée abondante et douleur sourde avec impression de congestion permanente.

Consulte le 22 janvier. A l'inspection de l'abdomen, déformation sus-pubienne ; au palper masse volumineuse étalée dans les flancs ; pas d'ascite. Le périnée et la vulve présente des lésions d'irritation très importantes. Au spéculum, le col est normal et laisse sourdre en abondance un liquide séro-hématique d'odeur nauséabonde.

Au toucher, l'utérus est de volume normal et rejeté en avant. A gauche, en arrière et à droite, on sent plusieurs masses volumineuses, irrégulières en certains points, sous tension ailleurs. On demande aussitôt un frottis et on décide la malade à se faire opérer d'urgence, pensant à un carcinome ovarien bilatéral.

LE 26 JANVIER : MEDIANE SOUS OMBILICALE (Pr ROBEY)

On découvre aussitôt un bloc formé par l'utérus, une tumeur salpingienne gauche du volume d'un pamplemousse qui plonge dans le Douglas et adhère au rectum et une tumeur droite du volume d'une orange.

Il n'y a pas d'adhérence dans la grande cavité, pas de végétation apparente, pas de métastases hépatiques ou épiploïques, pas d'adénopathie obturatrice ou iliaque.

Ablation première de la masse gauche après une dissection laborieuse d'avec le rectum.

Ablation seconde de la masse droite.

Hystérectomie subtotale totalisée. Péritonisation incomplète avec mise en place d'une lame. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Traitement antibiotique et perfusion sanguine.

Suites opératoires simples.

Thérapeutique complémentaire par les antimitotiques.

COMPTE-RENDU DES FROTTIS ENDOMETRIAUX (Pr. de BRUX)

N° 518 075 le 22 janvier 1971

Les deux frottis endométriaux ont montré du sang, quelques amas de cellules endocervicales, des hystiocytes au sein de petites plages plus ou moins nécrotiques, des placards de cellules endométriales à noyau peu flo-
rissant mais non atrophique, des noyaux nus de tailles diverses, quelques placards de cellules à noyau de grande taille, irrégulier et dense.

CONCLUSION : Présence au niveau de l'endomètre de phénomènes de nécrose avec éléments carcinomateux dont l'origine est probablement ovarienne.

COMPTE-RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (Pr. de BRUX)

N° E 1592 du 8 février 1971

A la coupe, l'utérus présente un myome sous-muqueux du volume d'un petit pois, un myomètre léiomyonateux et un myome sous-séreux de un centimètre.

L'une des annexes du volume d'une orange est constituée par un tissu friable blanchâtre par endroits nécrosé. Cette tumeur paraît mal encapsulée.

L'autre annexe du volume d'une mangue est à la coupe polykystique. Certaines logettes sont remplies par une substance concrétée. D'autres sont tapissées d'un tissu végétant.

La pièce opératoire a été examinée en totalité.

Elle montre un utérus dont le col est pratiquement normal. Il est recouvert par un épithélium malpighien florissant avec au-dessous des formations kystiques réalisant l'aspect d'oeufs de naboth. Au niveau de la région exo-endocervicale apparaissent des plages de métaplasie malpighienne.

L'endocol est assez allongé, ne montrant ni anomalie, ni aucune inflammation banale ou spécifique.

Le corps utérin est d'assez grande taille, tapissé par un endomètre montrant une bonne trophicité pour l'âge de la patiente. Il est relativement épais, avec des tubes glandulaires nombreux, réguliers, légèrement dilatés et parfois ondulants avec une faible charge sécrétoire située à la partie basale et apicale des cellules.

Le myomètre sous-jacent est légèrement hyperplasique, avec quelques formations léiomyomateuses insérées au sein de la masse musculaire.

Au niveau du fond, il existe un léiomyome sous-muqueux qui se projette en battant de cloche dans la cavité utérine.

Au niveau de la corne utérine, dans la zone isthmique on rencontre un nodule volumineux qui montre l'aspect caractéristique d'un salpingite isthmique noueuse avec des faisceaux musculaires lisses hyperplasiques sur lesquels repose un épithélium de type endométrial. L'aspect réalise une adénomyomatose.

L'annexe du même côté montre une énorme dilatation remplie par des masses tumorales massives et par endroits nécrosées. Elles sont constituées par des franges très tassées les unes contre les autres et centrées par des axes conjonctifs grêles. L'épithélium qui borde ces axes

est pratiquement indifférencié. Ce sont des éléments assez volumineux montrant un noyau de grande taille dans un cytoplasme discrètement éosinophile et dont les limites sont peu visibles. Les anomalies nucléaires et les figures de mitoses sont extrêmement nombreuses.

La lésion est souvent nécrotique et hémorragique et sur certaines coupes, on ne met plus en évidence de cellules carcinomateuses tant les phénomènes de nécrobiose sont avancés. L'adhérence avec l'ovaire du même côté est manifeste. En dépit de cette pseudo-encapsulation et d'un épaississement marqué de la paroi tubaire, on rencontre des infiltrations carcinomateuses et des greffes au niveau de la séreuse.

La trompe opposée montre un aspect identique bien qu'ici la distension devienne énorme avec présence dans la lumière d'une substance albumineuse qui paraît peu nécrosée. Cependant, de-ci, de-là, persistent, accolées à la paroi amincie et réduites à une mince cloison fibreuse, des plages carcinomateuses.

EN RESUME

Dans l'observation I, l'adénocarcinome tubaire a évolué à la manière d'une salpingite. Le diagnostic a été posé à l'ouverture de la pièce. Le fait intéressant est que la malade est en parfaite santé 11 ans après l'intervention.

Dans l'observation II, les frottis étaient négatifs, les hémorragies orientaient vers une lésion utérine. L'hystérogographie a injecté un hydrosalpinx dont un aspect nuageux a conduit au diagnostic de néoplasie tubaire vraisemblable.

Dans l'observation III, l'hydrohématorrhée était évocatrice, les frottis ont montré des éléments carcino-mateux, mais les caractères des deux masses latéro-utérines ont orienté vers des tumeurs ovariennes malignes.

E T I O L O G I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les faits établis concernant la fréquence, l'âge, la parité, et le rôle de certaines causes prédisposantes.

FREQUENCE :

Le cancer de la trompe est le carcinome le plus rare de l'appareil génital humain.

On classe en effet par ordre de fréquence décroissante le cancer du col, le cancer de l'endomètre, le cancer de l'ovaire, le cancer de la vulve, le cancer du vagin et celui de la trompe. Le pourcentage du carcinome tubaire dans le total des cancers génitaux varie suivant les auteurs dans les limites suivantes : 0,24 % HANTON (1966) ; 0,31 % HU (1950) ; 0,85 % DUCKMAN (1963) ; 1,11 % KREMER (1955) ; 1,6 % FRANKEL (1956) ; 1,8 % VANGHAN JONES (1965) ; 1,81 % HURLBUTT et NELSON (1963).

AGE :

Le cancer de la trompe atteint sa plus grande fréquence dans les cinquième et sixième décades de la vie. sur 169 cas dans lesquels l'âge des malades était connu 63 se trouvaient dans le groupe des 40 à 50 ans et 52

dans le groupe des 50 à 60 ans (SEDLIS).

Mais on peut cependant le rencontrer à tout âge. Dans la même statistique, la plus jeune malade avait 20 ans, deux malades avaient 28 ans, la malade la plus âgée avait 80 ans. L'âge moyen se situait autour de 52 ans.

Ceci place les malades atteintes de carcinome tubaire dans une catégorie plus jeune que celles atteintes de carcinome vulvaire (âge moyen 60 ans) et dans la même catégorie que celles atteintes d'un cancer de l'endomètre.

PARITE :

La plupart des auteurs signalent un pourcentage de nulligestes de 50%. Ce pourcentage est donc très différent de celui du cancer du col que l'on observe avec prédilection chez les multipares.

CAUSES PREDISPOSANTES :

On a discuté le rôle possible des infections et des néoformations bénignes de la trompe secondairement transformées. L'infection de la trompe a été considéré comme un facteur favorable au développement du cancer de la trompe. L'argument en faveur de cette manière de voir est la fréquente association de l'infection tubaire et du carcinome. Mais il faut remarquer que l'infection génitale est fréquente alors que le cancer de la trompe est très rare et que les réactions inflammatoires constatées dans les trompes d'adéno-carcinome peuvent être tout aussi bien secondaires à la tumeur. Pour HANTON, l'infection tubaire existe dans 50% des cas d'adénocarcinome de la trompe. De plus, l'identification du cancer dans les salpingites chroniques est sans doute entachée d'erreurs par excès car les aspects d'hyperplasie et de pseudostratifications liés à la multiplication des cel-

lules de réserve sont difficiles à distinguer d'une formation maligne débutante.

La tuberculose génitale n'a pas manqué d'être aussi incriminée ; mais SEDLIS sur 232 cas a seulement noté 7 cas coexistant avec une tuberculose salpingienne, ce pourcentage de 3% n'étant pas significativement plus élevé que le pourcentage de tuberculoses génitales observées dans les mêmes conditions dans la population générale.

La possibilité de dégénérescence secondaire de lésions bénignes pré-existantes de la trompe a également été prise en considération. La rareté des adénocarcinomes tubaires ne permet pas encore d'avoir une opinion. Signalons seulement que PAUERSTEIN et WOODRUFF ont étudié histologiquement certaines transformations bénignes de l'épithélium tubaire (aspect pseudoadénomateux, aspect papillaire, stratifications épithéliales multiples) et n'ont pu mettre en évidence de caractère cytologique de dégénérescence dans les cas étudiés.

L'association de carcinomes tubaires et d'autres carcinomes génitaux développés simultanément a été signalé. Il ne s'agit pas bien entendu de cas d'adénocarcinome utérin ou ovarien avancé ayant secondairement envahi les trompes par extension, mais de cas où les lésions ont évolué parallèlement comme s'il y avait une sorte de prédisposition des canaux mullériens au processus. PAUERSTEIN et WOODRUFF ont rapporté deux observations de co-existence : dans l'une, un cancer tubaire in situ co-existait avec un cancer de l'ovaire ; dans l'autre, un cancer tubaire in situ co-existait avec un cancer de l'endomètre.

[illegible]

L'adénocarcinome tubaire d'importance variable revêt une forme papillaire, alvéolaire ou massive et reste longtemps au stade d'extension loco-régionale.

ASPECT MACROSCOPIQUE :

A la laparotomie, le cancer tubaire évoque un hydro ou hématosalpinx, quelquefois un pyosalpinx lorsqu'il existe des adhérences.

Si la composante liquidienne de la tumeur est importante et si la tumeur n'a pas envahi la paroi musculaire, ce qui est fréquent, la trompe se présente comme une grosse saucisse lisse et luisante, congestive de couleur aubergine ou bleutée.

Le plus souvent, la nature tumorale de la lésion n'est pas mise en évidence avant la section de la pièce qui révèle une tumeur molle, friable, grise ou rose. Cette tumeur montre souvent des signes de nécrose (plages jaunes) avec ou sans suppuration, et des zones hémorragiques. Il arrive que la composante liquidienne de la tumeur ait un aspect gélatineux.

Généralement la tumeur intéresse les 2/3 externes de la trompe (NOVAK).

ASPECT MICROSCOPIQUE :

Comme tous les cancers développés aux dépens du tractus mullérien, les cancers de la trompe peuvent présenter des formes papillaires, alvéolaires et massives. Souvent deux des formes précédentes coexistent, la tumeur pouvant être papillo-alvéolaire ou alvéolaire par endroits et massive dans d'autres. La néoformation bourgeonnant dans un

espace limité par une musculature, la compression qui en résulte peut donner des aspects glanduliformes.

Enfin, on note des remaniements à type de métaplasie épidermoïde. Pour PAUERSTEIN et WOODRUFF cette métaplasie se ferait à partir des cellules souches et protégerait la musculature tubaire de l'envahissement précoce en isolant la tumeur du muscle. De nombreux auteurs ont remarqué en effet le contraste qu'il y avait entre l'importance du volume de la tumeur et la musculature distendue respectée. C'est dire que lorsque l'ostium pavillonnaire est obstrué, ce qui est fréquent, la tumeur peut rester longtemps locale.

Suivant l'aspect histologique de la tumeur, des grades ont été décrits (MONTAZEE et KEMPSON) :

Grade I : Papillaire pure.

Grade II : Papillo-alvéolaire avec aspect glandulaire.

Grade III : Tumeur massive constituée par des plages cellulaires peu différenciées.

Les essais pour établir une relation entre le grade de la tumeur et son pronostic sont demeurés vains, la littérature fournissant peu de renseignements à ce sujet.

La fréquence des cancers bilatéraux est frappante. La localisation est aussi fréquente à droite qu'à gauche et l'atteinte bilatérale se voit dans 15% (HANTON) à 26% des cas (SEDLIS). Il est intéressant de noter que si le cancer est unilatéral et siège au sein d'un hydrosalpinx ou d'un pyosalpinx, cette dernière lésion est, elle, fréquemment bilatérale, comme dans l'observation présentée par VARANGOT.

D'après SEDLIS, l'atteinte cancéreuse bilatérale apparaît être une manifestation de l'origine multicentrique de la tumeur plutôt qu'une métastase. Cette affirmation discutée est corroborée par les observations

suivantes :

1°- survenue fréquente d'une tumeur bilatérale en l'absence d'autres métastases ailleurs.

2°- le développement souvent symétrique avec des tailles égales des deux côtés.

3°- la mise en évidence des différentes étapes de développement du carcinome à partir de l'épithélium normal des deux côtés et

4°- l'absence habituelle de greffe dans l'endomètre qu'on s'attendrait à voir si l'extension se faisait par extension directe à partir de la corne utérine opposée.

La signification de ce haut pourcentage de tumeurs bilatérales n'est pas connue, mais la survenue multicentrique de cancers dans d'autres organes pairs n'est pas exceptionnelle, le carcinome de l'ovaire étant par exemple bilatéral dans plus de 50% des cas (NOVAK).

METASTASE :

Pour ce qui est de l'extension loco-régionale, le siège le plus fréquent des métastases est dans l'ordre :

Le Péritoine, l'Ovaire, le Myomètre et l'Endomètre.

Dans 67 cas où l'on a trouvé des métastases au moment de l'intervention, 35 (52%) siégeaient au niveau du péritoine, 22 (33%) au niveau de l'ovaire et 11 (16%) au niveau du myomètre et de l'endomètre (SEDLIS). Mais on a trouvé également des métastases au niveau de l'endocol (SCALI et de BRUX) et du vagin (MEIGS).

Le rôle respectif des voies canalaire et lymphatiques dans les extensions est difficile à départager. Lorsqu'il s'agit du péritoine, l'issue des cellules néoplasiques par l'ostium abdominal de la trompe semble être prépondérante. Mais dans les autres localisations, il semble

que les deux modes soient possibles. Sur l'étude longitudinale d'une pièce d'hystérectomie, on a pu suivre le trajet des embolies lymphatiques dans le myomètre le long de la cavité utérine, alors que l'endomètre était respecté, seulement soulevé et érodé par de petites formations carcinomateuses (deBRUX). En tout cas, l'impression qui domine est qu'en cas d'extension, le cancer se limite longtemps à la région immédiate.

Les ganglions sont tardivement atteints : ganglions latéro-aortiques, iliaques externes et rétro-cruraux. Mais il est deux cas dans la littérature où des métastases ganglionnaires à distance, spinales dans un cas et cervicales dans l'autre ont été le signe qui amena à consulter (SPITALIER).

La voie veineuse est responsable des métastases à distance : foie, poumons.

CANCER IN SITU :

Nous avons déjà signalé au chapitre Etiologie, l'existence de cancers de la trompe in situ. Ce sont des découvertes d'examen anatomo-pathologiques systématiques sur des pièces d'exérèse effectuée pour d'autres raisons : hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale pour leiomyomes , hystérectomie totale et salpingo-ovariectomie unilatérale pour endométriose pelvienne (GREEN et GARDNER ; RYAN).

S I G N E S

-:-:-:-:-

Dans la plupart des observations, les signes cliniques ont attiré l'attention sans que le diagnostic ait été posé pour autant et ils ont généralement conduit à l'intervention qui a fait découvrir l'adénocarcinome tubaire. Les frottis cervico-vaginaux dans certains cas où ils étaient positifs ont fait suspecter le développement d'un carcinome génital sans que l'origine des cellules néoplasiques ait été clairement précisée. Ailleurs, l'hystérosalpingographie, réalisée dans des intentions diverses, a fortuitement révélé des images suspectes dont l'interprétation a été établie secondairement au cours de l'exploration per-opératoire.

I - SIGNES CLINIQUES

Le cancer de la trompe peut se manifester par trois signes cliniques : pertes, douleurs, tumeur.

1° - Les pertes :

La forme de perte la plus caractéristique du carcinome tubaire est l'hydrohématorrhée. Son aspect est variable suivant son caractère liquide, son abondance et la proportion de sang : on peut observer une hydorrhée rosée, des pertes sérohématiques ou des pertes blanches teintées de sang. Sa fréquence est très élevée : 41% (SEDLIS), 50% (THOYER-ROZAT).

De toute façon la constatation d'une hydrohématorrhée est très suspecte. Chez une femme de 50 ans, elle doit aussitôt orienter vers la possibilité d'un adénocarcinome du corps utérin ou des trompes. Mais la fréquence du premier par rapport au second est telle qu'elle conduit naturellement à faire rechercher un cancer du corps, et à faire pratiquer une hystérogaphie et un curetage biopsique.

Il est un cas dans lequel l'hydrohématorrhée est cependant hautement symptomatique de l'adénocarcinome tubaire, c'est lorsqu'elle réalise le syndrome particulier de " l'hydrops tubae profluens".

Le terme " Hydrops tubae profluens " a été généralement attribué à LATZKO. En réalité, selon NURNBERGER, BLASIIUS aurait été le premier en 1834 à avoir décrit ces débâcles liquidiennes intermittentes et les aurait qualifiées " Hydrope ovarium profluente " pensant qu'elles étaient d'origine ovarienne. FRORIEP, deux ans plus tard, aurait compris que cet hydrops provenait de la trompe et appelé ce symptôme Hydrops tubae profluens.

Ce syndrome, consiste dans d'évacuation intermittente et par accès brusques de pertes sérohématiques profuses. Les pertes sont précédées de douleurs à type de distension tubaire ou de coliques et sont suivies de la disparition de tout signe fonctionnel. De même, on perçoit la masse tubaire si le toucher vaginal est pratiqué avant l'évacuation du liquide, et on constate sa disparition après que se soit produite la perte hydrohématorrhéique. "L'hydrops tubae profluens" s'explique par l'accumulation de liquide dans la trompe lorsque l'orifice externe est obstrué. Au bout d'un certain temps, la paroi tubaire entre en contraction et force l'ostium utérinum entraînant la débâcle liquidienne. Malheureusement, si ce symptôme est d'une grande valeur, on ne le retrouve que dans 5% des cas.

Les métrorragies pures sont moins fréquentes que l'hydrohématorrhée. On observe dans 30% des cas des hémorragies, peu abondantes en général, mais presque continues, distillantes. Avant la ménopause, elles surviennent dans l'intervalle des règles ; après la ménopause, elles éveillent encore d'avantage l'attention, mais orientent comme l'hydrohématorrhée vers le diagnostic probable de cancer du corps utérin.

Les leucorrhées isolées sont signalées par de nombreux auteurs. Ce sont des pertes liquides abondantes mais de couleur jaune allant du jaune paille au jaune ambré qui, lorsqu'elles surviennent par accès, peuvent simuler une incontinence d'urine. Elles peuvent présenter un aspect plus banal qui égare dans le sens d'une réaction purement infectieuse de la trompe.

2° La douleur :

La douleur est présente dans 50% des cas. De type variable, elle peut prendre la forme de crampes, de coli-

ques, de sensations de pression intra-pelvienne ou de tiraillements. La distension permanente de la trompe, avec compression des organes de voisinage, qui apparaît dans les derniers stades de la maladie, se manifeste par une douleur sourde, persistante, tarraudante.

3° La tumeur :

Dans les cas, à vrai dire peu fréquent, où on a affaire à un stade initial, l'examen montre peu de chose. Il est souvent complètement négatif. Dans d'autres cas, il montre soit une trompe légèrement perceptible, soit une impression de trompe légèrement distendue qui orienterait plutôt vers un hydrosalpinx. C'est à l'occasion d'examens complémentaires qu'on a la surprise de dépister la lésion débutante. Il en a été ainsi dans l'observation n° II.

Dans les cas, au contraire, où la lésion est plus avancée et qui sont les plus fréquents, on découvre une ou deux masses latéro-utérines, la bilatéralité étant observée rappelons-le dans 25% des cas. Au palper, on sent le pôle supérieur de ces masses qui font plus ou moins corps avec l'utérus. Au toucher, on sent accolée à l'utérus une masse volumineuse irrégulière, dont la consistance est dure en certains points et plus mollassse dans d'autres comme dans notre observation. D'autres fois, la masse est postérieure, située dans le Douglas en arrière de l'utérus qu'elle bloque et avec lequel elle donne l'impression de faire corps. Mais de telles constatations sont généralement interprétées comme une tumeur maligne de l'ovaire dont la fréquence, on le sait, est infiniment plus élevée que celle du cancer de la trompe. Il en a été ainsi dans l'observation n° III.

En réalité ces trois symptômes s'associent de façon variable. Dans 11% des cas, on observe la triade douleur pelvienne, pertes vaginales et masse annexielle. Dans 48% des cas, on trouve seulement deux des précédents symp-

tômes. La masse annexielle est retrouvée dans 66% des cas (HANTON).

On peut également rencontrer des formes encore plus trompeuses. Certaines évoluent à la manière d'un hydrosalpinx ; d'autres sont associées à des affections gynécologiques qui les masquent (myomes, ovaires kystiques). Enfin, dans 7% des cas, on s'est trouvé en présence d'une ascite dont il convenait de déterminer la cause.

Ainsi le diagnostic est fort difficile à porter et a-t-il été établi dans la majorité des observations à l'occasion de l'intervention.

II - LES FROTTIS CERVICO-VAGINAUX :

De nombreux auteurs ont périodiquement mis en évidence l'importance des frottis cytologiques dans le diagnostic des cancers de la trompe (BESSERER, BRET, BREWER et GUDERIAN, CORSCADEN, DEDEN, FIDLER et LOCK, FRANKEL, ISBELL, KERNODLE, Mac LEAN, NAVRATIL, PAPANICOLAOU et SONG).

Ces frottis doivent être faits avec précaution pour augmenter les chances de frottis positifs : après traitement préalable des lésions inflammatoires, repos au lit avant l'examen pour obtenir une accumulation optimale des sécrétions tubaires dans le vagin, emploi au besoin d'une cape cervicale mise en place la veille au soir (ENNEKER, Mac LEAN).

D'après SEDLIS, on trouve des frottis négatifs dans 40% des cas. D'après HANTON, les réponses ont été négatives dans les 14 cas de cancer de la trompe où ils avaient été étudiés. Des frottis négatifs ne permettent donc en aucun cas d'éliminer la possibilité d'un cancer haut situé du tractus génital.

Des frottis positifs orientent vers la possibilité d'une néoformation utérine ou utéro-annexielle, l'aspect

cytologique de ces cellules ne permettant pas de préjuger de leur origine. Dans les cas où l'examen a mis en évidence une masse annexielle, on évoque généralement une tumeur ovarienne.

Dans ceux où l'hémorragie est le seul signe, on suspecte le cancer du corps utérin. Si le curetage utérin s'avère négatif, il est évident que la constatation d'un frottis classe IV ou V est en faveur d'un adénocarcinome plus haut situé, comme dans notre observation (N° III).

III - L'HYSTEROSALPINGOGRAPHIE :

L'hystéroggraphie est déconseillé par tous les auteurs anglo-saxons, d'une part parce que les réactions infectieuses de la trompe sont d'une très grande fréquence et d'autre part parce que le passage du liquide peut forcer l'ostium abdominal et provoquer ainsi un essainage des cellules néoplasiques dans la cavité abdominale.

Mais comme le diagnostic n'est habituellement pas posé, on dispose dans la littérature de nombreuses observations où l'hystéroggraphie a été pratiquée. Dans ces observations, les images décrites constituent le plus souvent des surprises radiologiques. L'aspect qui domine est celui d'un hydrosalpinx dans lequel on note, tantôt des images lacunaires à contours irréguliers, tantôt des images de tonalité nuageuse ou marécageuse faites d'irrégularité dans l'opacité. Dans la plupart des cas, les images sont d'interprétations difficile et c'est au cours ou après l'intervention qu'elles ont le plus souvent reçu leur interprétation.

IV - COELIOSCOPIE :

Ce moyen d'exploration n'a pas été utilisé dans les publications que nous avons consulté du fait, semble-t-il, que le diagnostic a été posé tardivement dans la plupart des cas, ou a été une surprise opératoire.

L'aspect de l'adénocarcinome tubaire au début est évidemment d'interprétation macroscopique difficile puisque la trompe est alors simplement augmenté de volume, à contenu sérohémostatique et recouverte par un séreuse lisse et luisante encore non envahie.

On peut penser que la coelioscopie ne sera pas sans intérêt quand l'hypothèse d'un adénocarcinome tubaire se présentera plus souvent à l'esprit du clinicien. Si elle ne permet pas le diagnostic de la lésion débutante, elle aura au moins le mérite de donner l'éveil et de conduire à une exploration plutôt peut-être qu'à une biopsie qui présenterait sans doute autant d'inconvénients qu'une salpingographie.

EN CONCLUSION le diagnostic d'adénocarcinome tubaire n'est généralement pas posé, même quand existe le signe très évocateur de l'hydrohématorrhée.

Il a été établi 10 fois seulement sur les 780 cas dépouillés par VAUGHAN JONES.

L'essentiel est d'arriver à l'indication opératoire.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

P R O N O S T I C

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Le pronostic est indépendant de l'âge, de la parité, de l'état des menstruations, de l'aspect histologique de la tumeur et même de son volume.

D'une manière générale il est très sévère. Cette lourde mortalité est certainement fonction du fait que le cancer de la trompe peut être d'une grande latence et le diagnostic posé tardivement, les cas de survie dépassant 5 ans variant de 5% à 44% suivant les auteurs. Les hauts pourcentages correspondent souvent à des séries regroupant un faible nombre de cas (25 cas pour HANTON ; 26 pour ENGSTROM) et sont statistiquement moins significatifs que celui de SEDLIS (23%) établi sur 150 cas dont les renseignements ont été obtenus des différents auteurs.

La grande majorité des décès surviennent dans les trois premières années qui suivent l'opération. La mort est due le plus souvent à des récidives locales ou à des métastases en particulier au niveau du foie et des poumons.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

T H E R A P E U T I Q U E
-:-:-:-:-

L'impression qui domine est que l'adénocarcinome limite pendant longtemps son extension au territoire loco-régional: péritoine, ovaire, myomètre, ^{endomètre} voire endocol et vagin. Les ganglions sont tardivement atteints, ganglions iliaques externes, rétro-cruraux et latéro-aortiques; les métastases à distance s'effectuent par voie veineuse.

Aussi l'intervention consiste-t-elle dans l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale pour l'immense majorité des auteurs, bien qu'on relève dans la littérature des cas où l'exérèse a été limitée à une salpingectomie uni ou bilatérale ou au contraire étendue aux visères pelviens (BRUNSCHWIG)

L'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale a été le plus souvent complétée par de la radiothérapie post-opératoire (250 Kv ou Cobalt 60) et dans quelques cas par l'administration d'Or 198 intra-péritonéal ou d'antimitotiques : Mechlorethamine hydrochloride, 5 Fluorouracil, Triéthylène-thio-phosphoramide et Cyclophosphamide.

Les résultats sont dans l'ensemble fort sévère en raison du fait que le diagnostic a toujours été porté tardivement dans la majorité des observations.

SEDLIS, sur 150 malades dont on a pu suivre l'évolution, rapporte à 35 le nombre de survie au delà de 5 ans, soit à un pourcentage de 23,3 %. Il ne constate guère de différence dans la survie entre les malades traitées par la chirurgie seule et celles traitées par la chirurgie associée à la radiothérapie.

HANTON sur 25 cas traités à la Mayo Clinic sur une période de 20 ans, obtient 11 survie au-delà de 5 ans, soit un pourcentage de 44% qui est le plus élevé de la littérature. En outre, il signale que toutes les malades

qui avaient été l'objet d'une chirurgie moins radicale que l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale sont décédées. Il n'observe pas non plus, de même que SEDLIS, de différence significative entre les malades traitées par la chirurgie seule et celles traitées par la chirurgie et la radiothérapie et reste septique sur l'opportunité des antimitotiques dans l'adenocarcinome tubaire.

Une tendance différente a été défendue par ENGSTROM en 1957. Le principe de la méthode est de conserver l'utérus comme porte radium chaque fois que cela est possible. Dans les cas où l'utérus ne peut être conservé, le radium est placé dans le vagin. Le traitement est toujours complété par une radiothérapie externe. Sur 26 malades qu'il a pu suivre régulièrement, 10 n'ont pas eu de récurrence 5 ans après l'intervention, ce qui donne un taux de survie de 38%.

Les récurrences locales après intervention sont justifiables selon BRUNSCHWIG d'un nouvel acte opératoire.

CLARK et BRUNSCHWIG ont publié une observation dans laquelle une malade atteinte d'une récurrence intéressant la vessie et le rectum 3 ans après la première intervention, avait bénéficié d'une exentération pelvienne totale avec lymphadénectomie. La malade était toujours en vie 6 ans et demi après la seconde intervention.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

C O N C L U S I O N

— • — • — • — • — • — • — • — • — • — • — •

1 - Nous avons rapporté trois observations inédites d'adénocarcinome de la trompe de Fallope qui se présentaient respectivement comme une salpingite, un hydrosalpinx et une tumeur ovarienne maligne.

2 - La rareté exceptionnelle de cette lésion rend compte de la méconnaissance habituelle de son diagnostic. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'attirer l'attention des gynécologues en rappelant les principales données établies à son sujet.

3 - Le symptôme le plus typique est l'hydrops tubae profluens, il n'existe malheureusement que dans 5% des cas.

4 - Le diagnostic repose sur trois signes : pertes hémorragiques ou séro-hémorragiques, douleur et tumeur ; l'association de deux de ces signes s'observe dans 48 % des cas. Mais leur interprétation exacte est généralement très tardive.

5 - La pratique des examens complémentaires, frottis cervico-vaginaux et coelioscopie permettra sans doute de suspecter l'adénocarcinome à une phase moins avancée que dans la plupart des observations publiées.

6 - Le traitement consiste dans l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale complétée par la radiothérapie et éventuellement la chimiothérapie dont l'efficacité est incertaine. Le pourcentage de survie au delà de 5 ans n'exède pas 44% dans les meilleures statistiques.

- 9 - ENGSTRÖM, L. ACTA OBST. et GYNEC. SCANDINAV.
1957 36 289
- 10 - ENNKER, J. GEBURTSH. et FRAUENH. 1955 15 898
- 11 - FIDLER, H. N. and LOCK, D. R. AM. J. OBST and
GYNEC. 1954 67 1103
- 12 - FRANKEL, A. N. AM. J. OBSTEC. and GYNEC. 1956
72 131.
- 13 - GREENE, R. R. et GARDNER, G. H. ARCH. PATH.
1949 48 362
- 14 - HANTON. E.D. AM. J. OBST AND GYN. 1966 94 832
- 15 - HU, C. Y. ; TAYMOR, M. L. AND HERTIG, A. T. AM. J.
OBST. and GYN. 1950 59 58
- 16 - HURLBUTT, F.R. AND NELSON, H. B. OBST. AND GYNEC.
1962 21 730
- 17 - ISBELL, N. P. AM. J. OBST. and GYNEC. 1947 54
576
- 18 - KERNODLE, J. R. ; CUYLER, W. K. and THOMAS, W. L.
AM. J. OBST. and GYNEC. 1948 56 1083
- 19 - KNEALE B.L.G. AM. J. OBST AND GYNEC 1966 94 840
- 20 - KREMER, H. and ULM, R. ARCH. GYN. 1955 185 609
- 21 - LATZKO, W. ZENTRALBL. GYNÄK. 1916 40 599
- 22 -MAC LEAN, K. SCIENCE 1951 114 181

- 23 - MATHIEU, J. ; MOUSSELOU, J. BONNET, P. BULL. FED. SOC. GYN. OBST. 1962 14 144
- 24 - MEIGS, J. V. TUMORS OF THE FEMALE PELVIC ORGANS 1934 MACMILLAN, NEW YORK
- 25 - MONTAZEE, S. et KEMPSON, R.L. OBST. GYN 1960 80 64 - 66
- 26 - NAVRATIL, E. KREBSARZT 1951 6 66
- 27 - NOVAK, E. GYNECOLOGIC AND OBSTETRIC PATHOLOGY THIRD EDITION 1952 W. B. SAUNDERS COMPANY
- 28 - NÜRNBERGER, L. HANDBUCH DER GYNAKOLOGIE VEIT-STOEKEL ED. BERGMANN, MUNCHEN 1930
- 29 - ORTHMANN, E. G. ZTSCHR. GEBURRTSH. U. GYNÄK 1888 15 212
- 30 - PAPANICOLAOU, G. N. ATLAS OF EXFOLIATIVE CYTOLOGY 1954 CAMBRIDGE, MASS., HARVARD FOR COMMONWEALTH FUND
- 31 - PAUERSTEIN, C.J. et WOODRUFF, J. D. AM. J. OBST and GYNEC. 1966 96 486
- 32 - RYAN, G.M. AM. J. OBST. and GYNEC. 1962 84 198
- 33 - SCALI, P et DE BRUX, J. BULL. FED. SOC. GYN. OBST. 1964 16 536 - 540
- 34 - SEDLIS, A. OBST. and GYNEC. SURV. 1961 16 209
- 35 - SERMENT, H? ; RUF, H. et FELCE, A. BULL. FED. SOC. GYN. OBST. 1962 14 180

- 36 - SERMENT, H. ; MURATORE, R. ; PIANA, L. ; BOSSI, G.
et FELCE, A. BULL. FED. SOC. GYN. OBST. 1964 16
578
- 37 - SONG, Y. S. AM. J. OBST and GYNEC. 1955 70 29
- 38 - SPITALIER, J. M. ; Ayme, Y. , GAUJOUX, J. , CASA-
LONGA, J. , et VALETTE, C. BULL. FED. SOC. GYN.
OBST. 1965 17 498 - 501
- 39 - THOYER - ROZAT, J. BULL. ASS. GYNEC. OBST.
FRANC. 1950 277 - 279
- 40 - VAUGHAN JONES, O. OBST. AND GYNEC. 1965 26 122

VU LE PRÉSIDENT DE THÈSE
PR DE BRUX

VU LE DOYEN DE LA FACULTÉ
H. JÉRÔME

Vu le Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET

